

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925 - 1926 — N° 48

L'ABCÈS DE FIXATION CHEZ L'ENFANT ET LE NOURRISSON

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Décembre 1925

PAR

Henri - Louis RAYNAL

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à SALLES (Lot-et-Garonne), le 16 Septembre 1900

Examineurs de la Thèse	{	MM. MOUSSOUS, professeur.....	Président.
		DENIGÈS, professeur.....	Juges.
		DUPÉRIÉ, agrégé.....	
		GREYX, agrégé.....	

BORDEAUX
Imprimerie Victor CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925 - 1926 — N° 48

L'ABCÈS DE FIXATION CHEZ L'ENFANT ET LE NOURRISSON

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Décembre 1925

PAR

Henri - Louis RAYNAL

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à SALLES (Lot-et-Garonne), le 16 Septembre 1900

Examineurs de la Thèse	{	MM. MOUSSOUS, professeur.....	<i>Président.</i>
		DENIGÈS, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		DUPÉRIÉ, agrégé.....	
		CREYX, agrégé.....	

BORDEAUX
Imprimerie Victor CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, MOURE.

PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants...	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique..	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie..	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREULH.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie..	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales ..	ABADIE.
Electroradiologie et elin. d'électricité médicale..	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	N.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénéréologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie	LACOSTE.		BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique	MURATET.		PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Chirurgie générale.....	JEANNENEY.
	N.		N.
Physique biologique et médicale	N.		N.
Chimie biologique et médicale....	N.	Obstétrique.....	PÉRY.
	MAURIAC.		FAUGÈRE.
Médecine générale.....	LEURET.	Ophtalmologie	TEULIÈRES.
	DUPÉRIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
	CREYX.	Pharmacie	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

MM.			MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements.....	PÉRY.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Chimie minérale	GOLSE.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes			N.
Pathologie externe (4 ^e année) et petite chirurgie.....			CHARRIER.
Pathologie externe (3 ^e année) et petite chirurgie.....			LOUBAT.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Témoignage bien faible d'une
reconnaissance infinie.*

A MA GRAND'MÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS - A MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLÉMY

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

ET DES TROUPES COLONIALES

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

ET DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

A MES MAÎTRES D'EXTERNAT

A MES CAMARADES

DE LA MARINE ET DE L'ARMÉE COLONIALE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUPÉRIÉ

CHEF DE LABORATOIRE A L'HÔPITAL DES ENFANTS

MÉDECIN DES HÔPITAUX

Qui nous a inspiré le sujet de ce travail et nous a aidé de ses précieux conseils. Qu'il veuille bien croire à notre respectueuse gratitude.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. MOUSSOUS

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE DES MALADIES DES ENFANTS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui nous a fait le très grand honneur de présider notre thèse. Nous le prions de bien vouloir accepter l'hommage de notre très respectueuse reconnaissance.

INTRODUCTION

La méthode de la pyogénèse artificielle, si répandue de nos jours, justifie, par les services qu'elle a rendus, la vogue quasi universelle dont elle jouit. Sans tomber dans le travers de ceux qui voudraient en faire la panacée moderne, nous croyons équitable de lui attribuer une valeur thérapeutique de premier ordre.

Tant que les médications spécifiques de chaque affection ne seront pas connues, l'abcès de fixation restera sans doute un des moyens curateurs les plus sûrs.

Mais cette méthode à résultats si généralement bons chez l'adulte, est-elle susceptible d'être appliquée sans danger et avec fruit au cours des affections du premier âge ?

Beaucoup, en raison des réactions violentes et incoordonnées qui sont l'apanage de l'enfance, se demandent comment se comportera l'organisme du tout petit sous l'effet d'un tel remède.

La térébenthine portée au contact des tissus de l'adulte, a pu y produire de graves lésions anatomiques ; maintes fois signalées ; à plus forte raison doit-on redouter son action irritante vis-à-vis des fragiles tissus de l'enfant. Chez le jeune, en effet, les suppurations spontanées ou provoquées sont faciles. Le tissu cellulaire sous-cutané, souvent mince, résiste mal aux infections, permet leur diffusion rapide, se prête facilement au développement des abcès ou des phlegmons. Aussi, avant de se

décider à faire un abcès de fixation, bien des praticiens se demandent s'ils ne vont pas combattre un mal avec un remède pire.

Cependant, cette tendance à l'abcédation que nous venons de signaler, est bien, quand elle reste dans certaines limites, une réaction favorable. N'y aurait-il pas lieu de la provoquer, au lieu d'attendre sa formation éventuelle, dès les premiers signes de faiblesse de l'organisme, chez l'enfant qui supporte mal les affections longues et chroniques ?

Pour répondre à ces questions controversées, nous nous proposons de rechercher dans cette modeste étude si l'abcès de fixation a une réelle valeur curative chez l'enfant et le nourrisson et si son emploi comporte fatalement les accidents redoutables qu'on lui impute.

Sentant tout l'intérêt de ce point thérapeutique, M. le professeur agrégé Dupérier a bien voulu nous guider dans ce travail qu'il nous inspira. M. le professeur Moussous, avec sa coutumière bienveillance, a mis à notre disposition plusieurs observations cliniques de son service de l'Hôpital des Enfants. Nous sommes redevables d'un pareil bienfait à M. le Dr Rocaz, médecin à l'Hôpital des Enfants.

M. le Dr Ph. Cadenaule, chef de clinique des maladies des enfants, nous aida de ses conseils et de son expérience ; il nous permet de publier quelques cas cliniques d'hôpital et de clientèle urbaine.

• Nous manifesterons encore notre gratitude à notre ami, le Dr Gallé, de Bordeaux, qui a bien voulu nous faire part des résultats que lui a donnés la méthode en clientèle.

L'ABCÈS DE FIXATION CHEZ L'ENFANT ET LE NOURRISSON

CHAPITRE I

Historique.

Depuis l'époque déjà lointaine où Fochier, de Lyon, publiait les résultats de son expérience, de nombreux succès ont fait accepter presque universellement le bien-fondé de sa méthode.

En entreprendre l'historique serait presque inutile : il est connu de tous ; aussi, l'exposerons-nous brièvement. Mais nous insisterons plus spécialement sur les travaux parus à ce sujet dans le domaine de la médecine infantile.

Fochier avait observé que la fièvre puerpérale généralisée à forme septicémique s'améliorait parfois soudainement en même temps que se formait une collection purulente. Pour produire artificiellement l'abcès curateur, il injecta sous la peau de ses malades différentes substances ; en dernière analyse, il adopta la térébenthine en nature.

Il en obtint quelques résultats et fut suivi dans cette voie par Dieulafoy, Lépinc, Révilliod, Bard. Nombre de maladies qui n'avaient aucune tendance à la suppuration

furent traitées par l'abcès de fixation : fièvres typhoïdes, gripes, bronchopneumonies, méningites diverses, varioles graves.

En 1902, parut l'importante thèse du professeur J. Carles : étude générale des abcès de fixation, où l'auteur expose tous les bienfaits qu'on peut attendre de la méthode de Fochier, appliquée non plus seulement aux maladies infectieuses, mais encore aux intoxications. Ainsi se trouvait encore élargi le cadre des affections justiciables de ce traitement.

La pandémie de grippe de 1918 donna un regain d'actualité à l'abcès de fixation qui fut souvent jugée l'*ultima ratio* dans beaucoup de cas désespérés, où la thérapeutique n'offrait rien de mieux à la perplexité du praticien. Boidin, Merklen, Netter, Paillard, Leuret furent les fidèles adeptes de la méthode.

*

* *

Les premiers succès obtenus par cette médication attirèrent l'attention des pédiatres. N'était-il pas légitime d'appliquer aux enfants une thérapeutique efficace chez l'adulte ? L'expérience fut tentée avec des succès divers.

Isidoro Pujador Y. Faura rapportait au XII^e Congrès International de Médecine de Moscou (1897), qu'il avait traité par des injections hypodermiques de un gramme d'essence de térébenthine des scarlatines malignes de forme ataxique, chez des enfants de 3 à 6 ans. C'est en pleine période éruptive qu'il put constater, dans les trois heures qui suivirent l'injection, une amélioration manifeste des symptômes.

En 1902, le Dr Courtin (in thèse Carles, Bordeaux, 1903), signale une guérison, due à un abcès de fixation, chez une fillette de 6 ans, atteinte de mastoïdite suivie d'accès septicémiques graves.

A la même époque, Gauthier (in thèse Carles), publiait l'observation d'un garçon de 13 ans qui fit une typhoïde suivie d'aphasie prolongée et qui dut son salut à la formation d'un abcès artificiel. Carles, dans sa thèse, rapporte le cas d'un enfant de 7 ans, atteint de diathésénémie avec bronchopneumonie chez lequel deux abcès de fixation amenèrent la guérison.

En 1907, parut, à Lille, la thèse de Durot, relative au traitement de la pneumonie et de la bronchopneumonie par les abcès de fixation. L'auteur relate deux observations de pneumonie grave chez des enfants âgés de 4 et 6 ans auxquels on injecta respectivement 1/2 et 3/4 de centimètre cube d'essence de térébenthine pour obtenir la guérison.

En 1910, le Dr Montagnon (*Lyon Médical*, 4 déc. 1910), apporte 26 cas de bronchopneumonie traités par l'abcès de fixation, avec quatre décès seulement chez des enfants de 4 mois à 5 ans. « Je puis dire, et déjà affirmer, écrit-il, que les abcès de fixation chez les enfants au-dessous de 5 ans n'ont aucun inconvénient, et une action aussi rapide et aussi efficace que chez les adultes, pourvu qu'ils soient faits dans certaines conditions. »

Des accidents du côté de la peau ne doivent pas fatalement se produire. Tout est question de technique. L'auteur, en même temps, appelle l'attention sur les quatre décès signalés : trois sont survenus chez des petits malades atteints de bronchopneumonie tuberculeuse. Il reconnaît, avec tous les auteurs, l'inutilité de l'abcès en pareil cas, où, d'ailleurs, l'abcès ne prend pas. Et cette dernière particularité prend à ses yeux une réelle valeur au point de vue du diagnostic et du pronostic.

Le Dr Espenel (Société des Sciences médicales de Lyon, 1911), cite une statistique de seize cas de bronchopneumonie traitées par les injections de térébenthine, avec quatorze guérisons. Le plus âgé des malades avait 22 mois.

A cette même séance, le professeur Patel signale le

succès que lui a donné la méthode chez un enfant de 5 ans, atteint de pneumonie infectieuse très grave, et le Dr Ch. Gauthier comment guérit, à la suite d'un abcès de fixation un nouveau-né qui avait fait un érysipèle étendu d'origine ombilicale.

Lançon présenta sa thèse en 1912, à Lyon. Il y expose le traitement de la bronchopneumonie infantile par les abcès de fixation et adopte pour conclusion qu'un tel traitement est sans danger, pourvu qu'une technique rigoureuse soit observée. Il cite à l'appui les 32 cas cliniques sur lesquels reposent les observations des Drs Montagnon et Espenel.

En 1914, paraît, à Lyon, au sujet de la valeur curatrice des injections d'essence de térébenthine chez l'enfant, la thèse de Hébrard. Lui aussi cite de nombreux cas de broncho-pneumonie (42), primitives ou consécutives à des diphtéries, rougeoles, à une coqueluche, et enregistre vingt-deux succès.

Deux scarlatines graves n'ont été en rien améliorées. Sept cas de tuberculose de formes diverses, et quatre cas de granulie ont eu une terminaison fatale malgré le traitement institué.

D'après cet auteur, les résultats obtenus pour les bronchopneumonies seraient les suivants, par rapport à l'âge des sujets :

De 2 à 5 ans, le nombre des guérisons serait de 51 p. 100. Au-dessous de 2 ans, on ne comptait plus que 37 guérisons pour 100 cas.

En 1919, Thierry, dans sa thèse soutenue à Toulouse, cite l'observation, prise dans le service du professeur Bezy, d'un enfant de 10 ans atteint de pneumonie grip-pale, qui dut son salut à un abcès de fixation. L'abcès se forma et fut incisé au dixième jour, sans accident.

La même année, le Dr Pompeani (*Riforma Medica*), relate le fait suivant : « Un enfant de 11 ans est conduit à l'hôpital pour appendicite suppurée. Par une incision

de Max Shuller, on donne issue à un demi litre de pus. Quatre jours après l'incision, douleur dans tout le ventre et contracture généralisée de la paroi abdominale. Une injection d'essence de térébenthine est pratiquée. Dès le lendemain, on note une amélioration de tous les symptômes. La guérison survient peu de jours après. »

Dans sa thèse (Alger, 1920) : « La grippe chez le nourrisson, étude clinique et épidémiologique », Méchiche expose que l'abcès de fixation a été appliqué à peu près régulièrement dans les cas graves du service. « Les résultats en furent satisfaisants, dit l'auteur, et son emploi nous a laissés sous une bonne impression. »

Netter signale, en 1923 (Société Médicale des Hôpitaux), qu'un enfant de 8 ans, à la suite d'une otite fut atteint de méningite suppurée à pneumocoques. Une injection de 1 cc. d'essence de térébenthine fut suivie rapidement de la formation d'un abcès qui fut incisé au septième jour. La cicatrisation fut obtenue dans les délais normaux, et l'enfant était hors de danger.

Au cours de l'épidémie de rougeole et de grippe de l'hiver 1923, le professeur Moussous a employé l'abcès de fixation à l'Hôpital des Enfants avec des résultats encourageants, ainsi qu'il le rapporte, avec le Dr Cadenaule, à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux (10 mai 1924).

*

* *

Mais, pour certains auteurs, les abcès de fixation sont loin de rendre chez l'enfant les mêmes services que chez l'adulte.

Méry, en 1896 (Soc. de Biologie), rapporte le cas d'un enfant de 5 ans atteint de scarlatine et d'angine (Lœffler et streptocoque), qui succomba malgré trois abcès de fixation.

En 1904, M^{lle} Campana et le D^r Codet-Boisse (*Semaine Médicale*), exposent les résultats que leur a donnés la méthode : sur cinq petits malades âgés de 7 mois à 3 ans, atteints de pneumonie grave, et auxquels on avait fait des injections de térébenthine, une seule fois la guérison fut obtenue. Sans action thérapeutique efficace, disaient les auteurs, la pratique de la méthode de Fochier entraînerait des complications redoutables en raison de l'irritation qu'elle provoque. Chez deux des petits malades qui succombèrent, on vit survenir des accidents liés sans conteste à l'injection de térébenthine : œdème étendu dans un cas, sphacèle de la peau dans l'autre.

Ces observations ont été publiées dans la thèse de Cellarier (Bordeaux 1905), dont les conclusions ne sont pas en faveur de l'abcès de fixation chez les enfants de moins de trois ans. De même jusqu'à cet âge le signe de la réaction n'aurait aucune valeur au point de vue du pronostic puisque chez les malades de M^{lle} Campana elle s'était toujours montrée positive.

Mais au-dessus de trois ans, et l'auteur cite deux observations personnelles, les effets de l'injection de térébenthine se rapprochent de plus en plus de ceux qu'on observe chez l'adulte : deux malades, 6 et 13 ans, atteints de septicémie, guérissent parfaitement à la suite d'un seul abcès.

Pic et Bonnamour (*Lyon Médical*, 26 janvier 1910), pensent que les enfants supportent mal les injections de térébenthine ; et Comby (Société de Pédiatrie, 16 avril 1921), les juge barbares et inefficaces dans le traitement des encéphalites aiguës de l'enfance. C'est un moyen, dit-il, dont il faut s'abstenir.

CHAPITRE II

Mode d'action de l'abcès de fixation.

De nos jours, le principe de la méthode n'est plus guère contesté : mais tous les auteurs, par contre, sont loin de lui attribuer un mode d'action unique.

A la base de ce principe, nous retrouvons une grande loi de pathologie générale : les germes en circulation dans le sang se fixent avec prédilection aux points de moindre résistance. Les organes primitivement lésés, les points faibles sont des centres d'appel pour les microbes et des foyers nouveaux d'infection.

Il s'agit de créer un traumatisme local, en un point convenablement choisi pour y fixer l'infection : ce fut là l'idée directrice de Fochier ; de là le nom d'abcès de fixation qu'il donna à sa méthode. Un certain nombre de faits semblent justifier cette théorie de la fixation que défendit le maître lyonnais, et il ne paraît pas exagéré de comparer l'abcès à un séton qui attire et draine les germes et leurs toxines, les résidus multiples de la lutte phagocytaire : leucocytes de vitalité amoindrie, en voie de désagrégation, globules blancs chargés de microbes. L'organisme semble avoir hâte de se débarrasser de ces éléments qu'il rejette vigoureusement, s'il en a encore la force, vers le point d'appel providentiellement créé.

Les différents procédés d'analyse ont démontré la présence réelle de tous ces produits dans le pus des abcès. Si certains auteurs y ont rencontré des germes plus ou moins phagocytés, ou même encore intacts et virulents,

Carles n'y a-t-il pas retrouvé les poisons minéraux et végétaux qui avaient intoxiqué ses malades ? Tout récemment, Netter et Césari] (Société Médicale des Hôpitaux, 25 mai 1923), ont découvert dans le pus de l'abcès de fixation les antigènes spécifiques de l'agent qui avait provoqué la maladie.

Mais ces réactions locales ne sont pas les seules observées et le mode d'action est certainement complexe. L'abcès de fixation entraîne aussi des manifestations d'ordre général. Il se produit, à la suite de l'injection de térébenthésistants, des polynucléaires, en particulier, apparaitthine, une hyperleucocytose notable. Des globules jeunes, sent dans le sang. Mais leur venue n'est pas immédiate et il serait vain de les rechercher précocement (Mauriac, *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1921). C'est peut-être en raison de cette particularité que certains auteurs nient l'action leucopoïétique de l'abcès de fixation.

Mais cette action leucopoïétique paraît assez intimement liée, dans son origine et dans ses effets à l'action ozonizante de la térébenthine. En thérapeutique générale, la valeur hautement antiseptique de la térébenthine est bien connue, et nous voyons qu'au lieu même de l'injection les microbes sont le plus généralement tués : d'où la formation du pus aseptique des abcès de fixation. Mais cette action ne se bornerait pas à des phénomènes purement locaux, certains faits en donnent la preuve.

Le professeur Taillens (de Lausanne), a expérimenté sur 38 petits malades de 6 mois à 12 ans les bons effets de la térébenthine injectable (*Archives de Médecine des Enfants*, 1919). Ces malades atteints de grippe épidémique reçurent des injection sous-cutanées de 1 cc. de térébenthine injectable. Une chute de la température a toujours succédé fidèlement à l'injection. Jouin (*Bulletin de l'Académie des Sciences*, 1917), attribue à l'ozone du térébenthène contenu dans l'essence de térébenthine un grand pouvoir oxydant. D'après lui, l'ozone se décompo-

serait en oxygène libre qui se fixerait sur les toxines libres et les microbes, et les produits surhydrogénés normaux et pathologiques dont l'organisme malade est surchargé. L'action serait comparable à celle des leucocytes dont les oxydases naturelles détruisent les microbes englobés. D'autre part, la phagocytose intensifiée par la polynucléose consécutive à l'injection de térébenthine concourrait à la production de l'afflux leucocytaire et à la formation d'un pus aseptique.

« La thérapeutique antitoxique basée sur l'oxydation, apparaît aussi nécessaire, sinon plus, que la thérapeutique antimicrobienne faisant intervenir la phagocytose. »
(Moussu, Société de Biologie, 23 février 1918).

D'autres facteurs encore ont été invoqués, à titre accessoire, il est vrai, comme prenant part au processus : entre autres éléments, la douleur provoquée par l'abcès est pour certains un moyen de stimulation du système nerveux qui régit les défenses organiques. Le Dr Todd (*The Lancet*, février 1922), signale des cas où l'injection d'essence de térébenthine serait restée sans effet, à la suite d'administration de morphine au patient.

Loin de proposer une seule théorie, à l'exclusion de toutes les autres, il nous semble logique d'admettre les trois premières que nous avons citées, comme ayant une part prépondérante dans le processus biologique que nous avons voulu étudier. Leur accord et leur juxtaposition sont probablement nécessaires à la marche du phénomène.

Nous retiendrons donc les théories de la fixation, de l'hyperleucocytose consécutive à l'injection de térébenthine et celle de l'ozonisation, qui semblent pleinement justifiées par l'expérimentation.

CHAPITRE III

Indications de l'abcès de fixation.

La méthode de Fochier ne saurait être considérée comme un procédé universel de traitement applicable à tous les cas, à toutes les formes et à toutes les périodes des infections générales de l'enfance.

Nous réserverons son application aux cas graves, mais non désespérés. Lorsqu'un état toxi-infectieux s'installe et menace sérieusement les jours du patient, sans qu'encore aucune localisation viscérale de la septicémie en cours ne se soit déclarée, alors il sera indiqué d'intervenir.

Il n'est pas indifférent, en effet, de choisir son moment pour pratiquer un abcès de fixation.

Pendant les paroxysmes réactionnels des premiers jours d'une maladie, une intervention de ce genre serait inutile, nuisible même, pourrait-on dire, en raison des souffrances et des complications éventuelles auxquelles expose toujours une injection de térébenthine. A cette période, il importe surtout d'entourer le petit malade de soins hygiéniques constants pour lui éviter, dans la mesure du possible, toutes les causes d'intoxication exogènes et endogènes. Un point tout aussi important sera de le soutenir par une thérapeutique apte à stimuler ses réactions défensives, et de pratiquer tel acte médical ou chirurgical imposé par les circonstances.

Mais si, malgré toutes les précautions prises et les médications instituées, le mauvais état du sujet persiste

et empire, et si l'aggravation se traduit par un fléchissement des défenses organiques, on devra sans retard faire un abcès de fixation. Vouloir temporiser encore quand apparaissent les premiers signes d'asthénie, de prostration : symptôme d'une signification redoutable chez l'enfant, d'hypotension artérielle, de tendance au collapsus, serait une tactique qu'on pourrait déplorer par la suite. L'indication d'intervenir sera encore imposée par des signes physiques ou fonctionnels tels que facies plombé, hyperthermie, fréquence du pouls, oligurie, troubles d'insuffisance surrénale, troubles gastro-intestinaux.

Appliquée à cette période, la méthode de Fochier comportera le maximum de chances de succès : elle devance et détourne la fixation de la maladie sur quelque organe, et donne à un organisme susceptible encore de réagir un coup de fouet salutaire.

CHAPITRE IV

Technique.

Il importe, avant tout, d'avoir toujours présente à l'esprit la notion de l'extrême sensibilité que manifestent vis-à-vis de la térébenthine les tissus friables de l'enfant. Les accidents de sphacèle et de gangrène signalés par les auteurs sont évitables si l'on apporte à la technique certaines précautions indispensables.

I. — Substance à injecter.

Nous ne discuterons pas sur la valeur de l'essence de térébenthine comparativement à celle des autres agents pyogènes. Des études déjà anciennes et un long usage ont démontré sa supériorité sur d'autres substances dont l'action reste assez infidèle et incertaine. De plus, elle joint à l'avantage de n'être point toxique comme le sublimé celui d'être moins corrosive que l'acide phénique, et d'agir plus rapidement que le sulfate de quinine. Pour ces différentes raisons, la thérapeutique s'en est tenue à son emploi.

Pour Carles, une essence vieillie, très oxygénée par conséquent, peut devenir, par l'irritation intense qu'elle crée, une cause de sphacèle et de gangrène des tissus. Il n'est donc pas indifférent chez l'enfant, d'employer une essence trop ancienne. Pour Hébrard (Thèse Lyon, 1914), l'injection d'huile térébenthinée au quart ne donnerait que des résultats lents et incomplets.

Guidés dans leur choix par ces motifs, beaucoup de

médecins ont adopté l'essence de térébenthine ordinaire du commerce et, de préférence, pas trop ancienne. C'est celle-là même qui a été employée dans les différents cas exposés au chapitre de nos observations.

II. — Quantité à injecter.

Les enfants, en raison de leur susceptibilité, recevront des quantités de remède proportionnées à leur âge.

Les doses varient avec les auteurs : M^{lle} Campana et le D^r Codet-Boisse injectaient, chez le nourrisson un quart de centimètre cube et un demi centimètre cube chez l'enfant plus âgé.

Lançon (Th. Lyon, 1912), conseille seulement un tiers de centimètre cube jusqu'à 12 mois ; pour Hébrard (Th. Lyon, 1914), un demi centimètre cube au-dessous de deux ans paraît une dose suffisante ; au-dessus de cet âge, il conseille un centimètre cube.

Dans les différentes observations que nous publions, les doses utilisées, sont sensiblement les mêmes, sauf un cas où un enfant de sept mois reçut, d'ailleurs sans accident consécutif, une injection sous-cutanée de 1 cc. 1/2.

III. — Lieu d'injection.

Pour écarter tout risque de lésion cutanée, musculaire ou d'autres organes, l'injection térébenthinée sera poussée en plein tissu cellulaire sous-cutané. Il importe aussi de choisir un point d'aseptie facile et éloigné des gros troncs vasculo-nerveux. On évitera ainsi bien des accidents. (J. Carles. — *Revue Générale de Thérapeutique*, 1924. — Indications, avantages et méfaits des abcès de fixation).

Des auteurs, les Lyonnais, en particulier, pratiquent l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale. Ce lieu semble propice pour certaines raisons : le tissu cellulaire excessivement lâche permet des

décollements étendus sans trop grande douleur. L'épaisseur même de la couche sous-dermique favorise la formation d'un pus abondant.

La région antéro-externe de la cuisse ne semble pas moins propre au développement de l'abcès. Elle est tout aussi facile à protéger des souillures provenant des cavités naturelles. Elle est, de plus, limitée en profondeur par l'aponévrose du fascia lata qui constitue une barrière presque infranchissable contre la progression du processus suppuratif vers les masses musculaires fémorales. C'est en ce point que nous avons toujours pratiqué l'injection, sans accident notoire.

IV. — Manuel opératoire. — Évolution de l'abcès.

Une asepsie rigoureuse, quasi chirurgicale doit être de règle quand on pratique une injection de térébenthine et surtout quand on traite l'abcès. C'est là une obligation impérieuse, si l'on veut mener à bien cette épreuve thérapeutique. La peau sera désinfectée à la teinture d'iode, dans toute la région qui sera le siège de l'abcès. On pourra alors injecter la térébenthine selon le mode ordinaire ou bien selon le procédé de l'abcès diffusé : cette méthode, pratiquée parfois dans le service de M. le professeur Moussous, consiste à inoculer la dose répartie en plusieurs points très rapprochés au lieu de l'injecter totalement au même endroit. En multipliant les foyers d'appel, on augmente ainsi les chances de voir l'abcès se produire. Qu'une seule de ces piqûres soit l'origine de la suppuration, le processus s'étendra aussitôt, par confluence, aux autres points injectés. A côté d'avantages réels, ce procédé ne semble comporter aucun inconvénient.

Les réactions des injections térébentinées ne sont pas toujours identiques. Tantôt on observe à la suite de la piqûre le développement d'un véritable phlegmon diffus, accompagné de vastes placards ecchymotiques, avec

œdème de tout un segment de membre ; tantôt, au contraire, la réaction est nulle.

Le plus souvent, cependant, les phénomènes se présentent de la façon suivante : à la rougeur diffuse qui suit presque immédiatement l'injection, succède, vers le troisième jour, en moyenne, une induration douloureuse. La douleur augmente, les jours suivants. Une hyperthermie locale manifeste marque l'intensité de la réaction inflammatoire, en même temps que s'étend et progresse la surface indurée. Elle atteint bientôt les dimensions d'une pièce de 5 francs. Puis elle est remplacée insensiblement par une tuméfaction fluctuante qui augmente progressivement. Vers le 8^e jour, la fluctuation est évidente. A ce moment, l'inflammation s'est localisée, les phénomènes douloureux se calment, et l'abcès est collecté. On tiendra compte, cependant, qu'une fluctuation trop précocement apparue traduit parfois la mortification des tissus profonds avant toute formation de pus. Livré à lui-même, l'abcès s'ouvre spontanément, ou peut se résorber.

L'ouverture spontanée expose le plus souvent à des complications qui, chez l'enfant, prennent une gravité exceptionnelle. Des infections secondaires et de redoutables eschares en sont souvent la conséquence. Il faut donc, de toute nécessité, pratiquer l'ouverture de l'abcès au bistouri. Ainsi, la cicatrisation s'opérera remarquablement vite : elle sera complète en 5 à 6 jours.

On devra inciser au moment où la collection purulente sous-cutanée présentera le maximum de fluctuation et menacera d'ulcérer le tégument. On incisera à l'endroit où la peau amincie laisse deviner la présence du pus. Si l'abcès ne marque aucune tendance à la collection, mais s'étale et diffuse au loin dans les interstices cellulaires, aponévrotiques, ou même en plein tissu musculaire, une incision précoce sera nécessaire : en donnant issue à la térébenthine elle fera avorter l'abcès.

Tous les auteurs, cependant, ne s'accordent pas au sujet de la date à laquelle on doit inciser l'abcès.

Pour les uns, dès que la collection s'est constituée, l'abcès a fait son œuvre, les centres myélogènes sont excités, l'action leucopoïtique est déclanchée. Ceux donc pour qui l'abcès agit par leucopoïèse générale plutôt que par fixation, sont partisans d'une incision précoce.

Ceux qui attribuent, au contraire, la plus grande action thérapeutique à la fixation, entendent en tirer le maximum de résultats : plus longtemps l'abcès subsistera, plus il drainera de toxines ; on ne l'incisera que sous la menace d'une ouverture spontanée.

Cette dernière méthode semble assez dangereuse chez l'enfant, beaucoup plus, certainement, que la première exposée qui, elle, risque de n'aboutir qu'à des effets négatifs.

Aussi, conviendra-t-il d'arrêter la suppuration lorsqu'elle deviendra trop envahissante, et avant que ne se manifestent les premiers signes d'ulcération des téguments.

Une incision faite en temps voulu évacue un pus homogène et bien lié, une incision trop précoce donne un pus grumeleux formé d'une partie séreuse dans laquelle nagent des débris de tissu cellulaire, des globules blancs, des hématies.

Pour inciser l'abcès, le médecin opérera avec des mains aussi aseptiques que possible, ou mieux, muni de gants stériles. La peau du patient sera, au préalable, désinfectée à l'alcool et à la teinture d'iode. Une fois le pus déversé au dehors, on lavera à l'eau oxygénée, on tamponnera l'orifice de sortie à la teinture d'iode et on recouvrira la plaie d'un pansement stérile débordant largement autour de l'ancien foyer de suppuration.

Au cas où une infection secondaire surviendrait, il suf-

firait de vider le pus par expression ; des soins d'antisepsie usuels, le drainage et le traitement par la méthode de Dakin auraient rapidement raison de la septicité locale.

*

* *

Si aucune réaction ne se dessine quelques jours après l'injection, ce premier insuccès, bien que d'un pronostic sombre n'implique pas l'inutilité d'une autre tentative, il semble même en favoriser la réussite, c'est du moins ce que démontrent les travaux expérimentaux de M. le professeur Sabrazès et de M. le professeur agrégé Muratet. Ces auteurs étudièrent l'abcès de fixation chez le chien (Communication à l'Académie de Médecine, 1903). M. le professeur Sabrazès, très aimablement, a bien voulu nous communiquer les résultats de son expérience. Se demandant si une première injection créait une immunité vis-à-vis de la térébenthine, ils injectèrent 1 cc. d'essence de térébenthine à une chienne de 15 kgs. Six jours après l'abcès était constitué ; incisé au 8^e jour, il donnait issue à 200 cc. de pus bien lié. Quinze jours après, nouvelle injection et nouvel abcès plus considérable. Après quinze autres jours, autre injection qui fut suivie d'une collection plus étendue et d'apparition plus précoce. A plusieurs mois de là, avec 1 cc. 1/2 de térébenthine, un abcès de la grosseur d'une tête de fœtus à terme fut produit, puis résorbé en 20 jours. Le mois suivant, nouvel abcès, qui laissa s'écouler, à l'incision, 300 cc. de pus bien lié.

Chez un autre animal, soumis aux mêmes expériences, les résultats furent concordants.

Les auteurs pouvaient fermement en conclure que, loin de conférer une immunité contre des atteintes futures, l'essence de térébenthine sensibilise l'organisme vis-à-vis d'elle-même et permet la formation de plus en plus précoce d'abcès plus volumineux à mesure que se poursuivent les expériences.

Ces faits doivent être pris en considération en thérapeutique humaine. Si un malade ne présente, après une première injection, qu'une réaction faible, ou nulle, il importe, en vertu des notions que nous venons d'exposer, qu'on lui administre aussitôt une nouvelle dose du médicament. Le patient, rendu plus apte à localiser son infection, pourra retirer les plus grands bienfaits de cette nouvelle intervention.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Provenant du Service de M. le Professeur Moussous.)

Pleuro-pneumonie. — Absès de fixation. — Guérison.

Lucette L..., 11 ans, est envoyée à l'Hôpital des Enfants par son médecin, le 7 avril 1925. Elle entre avec le diagnostic de pleurésie.

La maladie a débuté, il y a huit jours, par de la céphalée et un affaiblissement général progressif. La malade s'est alitée et ne se souvient de rien depuis ce moment. Etant donné l'état d'agitation dans lequel elle se trouve, il est difficile d'obtenir d'autres renseignements.

Les antécédents sont les suivants :

Broncho-pneumonie à 5 ans ; la même année, pneumonie grave. Depuis, l'enfant a toujours été très fragile.

Père et mère bien portants.

Des frères et des sœurs également en bonne santé. A l'examen, la malade se présente dans un état d'agitation extrême, presque délirante, le regard fixe.

Température : 40°. Le pouls est à 130.

L'enfant se plaint, lorsqu'on la remue pour l'examiner, de douleurs violentes dans l'hémithorax gauche, douleurs qu'elle ne peut, cependant, localiser nettement. La toux est sèche, quinteuse, les crachats assez abondants et très adhérents au crachoir.

La percussion ne dénote rien de particulier en avant, si ce n'est une légère matité de l'hémithorax gauche. L'espace de Traube reste sonore. A droite, matité hépatique normale.

A gauche, en arrière on constate : matité remontant environ aux deux tiers inférieurs du poumon ; à droite, sonorité normale.

Auscultation : à gauche, la respiration est diminuée dans la moitié inférieure du poumon. On entend cependant à ce niveau de nombreux râles sous-crépitaux. A la partie moyenne et supérieure, râles beaucoup plus nombreux, respiration soufflante : il s'agit vraisemblablement d'un foyer de congestion pulmonaire s'accompagnant de réaction pleurale. Une ponction exploratrice faite au niveau du 6^e espace intercostal ne ramène qu'une faible quantité de liquide louche (2 cc. environ). Devant la gravité des symptômes, on pratique un abcès de fixation, avec 1 cc. de térébenthine.

On fait à la malade de l'huile camphrée et des enveloppements sinapisés.

Les jours suivants, le délire augmente. L'état général décline.

Le 10, les urines, jusque là très chargées, prennent une teinte brunâtre excessivement foncée : l'examen démontre la présence d'une très grande quantité de cylindres et de nombreuses hématies. Les reins ne paraissent pas douloureux à la pression. Un délire très violent s'installe. La matité vésicale n'est pas perceptible.

Le 12, la malade n'a pas uriné depuis 24 heures. On fait une injection de sérum glucosé.

Pendant que se déroulent ces graves symptômes rénaux, l'abcès de fixation se collecte et semble indiquer une évolution favorable ; en même temps, les phénomènes pulmonaires et pleuraux se sont très améliorés, et seule l'agitation persiste.

Durant trois jours, anurie à peu près complète.

Le 15, la malade urine 300 cc. environ.

L'abcès de fixation est incisé et guérit sans incident. Un examen nouveau démontre la présence de cylindres en moindre abondance dans les urines ; la guérison de la pleuro-pneumonie est définitive.

OBSERVATION II

(Provenant du Service de M. le Professeur Moussous.)

Hépatite suppurée. — Absès de fixation. — Guérison.

Marcelle B..., 11 ans, vient à l'Hôpital le 6 février 1924, parce qu'elle souffre du ventre. Reçue en chirurgie, salle 11, où elle avait été rangée d'urgence pour appendicite aiguë, elle est transférée salle 15.

Elle a comme antécédents héréditaires : grand-père paternel, décédé à 66 ans, alcoolique. Les autres grands-parents sont âgés, et en bonne santé. Le père, 34 ans, est bien portant ; la mère, 32 ans, n'est jamais malade, a eu 9 enfants : deux sont décédés, l'un à 7 jours, de broncho-pneumonie ; l'autre à 14 ans, de suites d'accident.

Les antécédents personnels sont bons jusqu'à ces trois dernières années, date du début de la maladie. C'est à cette époque que la malade commença à souffrir du ventre.

Depuis, elle présente une grande crise douloureuse durant 3 à 4 jours. La douleur siège au creux épigastrique, un peu à droite, toutefois. Pas de vomissements, pas de diarrhée. Dans l'intervalle des crises, la santé est excellente. La crise actuelle date du 31 janvier : elle dure donc depuis une semaine ; elle est, de plus, particulièrement vive. La température est de 39°2.

Examen du 7 février 1924 : bon état général, mais facies un peu rouge ; lèvres légèrement fuligineuses, langue très saburrale ; anorexie, ni constipation, ni diarrhée.

La douleur abdominale provoque une réaction vive de la part de la malade qui prend des attitudes tout à fait anormales et se plaint beaucoup. La palpation est douloureuse, mais sans point électif, avec, cependant, douleur plus vive à la partie épigastrique.

Auscultation : rien à signaler.

Température : 38°2.

Le traitement institué : diète, vésicatoires sur la région douloureuse, calme immédiatement la malade.

Le 8 février, l'enfant est calme, ne souffre plus. La palpation de la région périombilicale seule provoque de la douleur, accusée par l'enfant, bien plus, la malade marque une vive réaction si l'on effleure de la main sa paroi abdominale.

Le 12 février, la langue reste très chargée. L'enfant souffre toujours à la palpation. On constate une voussure nette du thorax au niveau du foie qui paraît augmenté de volume. La matité déborde le rebord costal de 4 travers de doigt, en même temps le son hépatique remonte jusqu'au 5^e espace intercostal. On décide une intervention. Le 13, opération par le professeur Rocher qui tombe sur un vaste foyer purulent. Après l'opération, on injecte 1 cc. de térébenthine au niveau de la cuisse droite. L'examen du pus ayant démontré une prédominance de pneumocoques, on institue la sérothérapie antimicrobienne (50 cc. de sérum le premier jour, 40 cc. le deuxième jour). Le 15, l'abcès semble prendre, l'état paraît légèrement s'améliorer.

On continue la sérothérapie à la dose de 20 cc. tous les deux jours. Le 16 : selle colorée verte, diarrhétique, grumeleuse non liée, pas de pigment biliaire (Réaction de Gmelin négative).

Selle mieux liée le 17 (3 lombrics).

Le 18 : amélioration. Température élevée ; facies meilleur. L'enfant demande à manger. Langue moins saburrale.

L'abcès s'est formé normalement : il est incisé.

On commence la stérothérapie avec l'autovaccin préparé grâce au pus hépatique.

La quantité d'urine émise en 24 heures est de 500 gr.

Les suites opératoires sont bonnes et la plaie cicatrise rapidement.

OBSERVATION III

(Provenant du Service de M. le Professeur Moussous)

Chorée grave. — Abcès de fixation. — Guérison

Berthe S..., 14 ans, entre le 13 février 1923, dans le service du professeur Moussous, pour des phénomènes choréïques intenses survenus subitement quatre jours auparavant.

Les antécédents héréditaires de la malade sont bons. Le père et la mère sont bien portants, ont eu six enfants, tous vivants, en bonne santé. On n'a jamais noté de phénomènes choréiques dans la famille ou chez les collatéraux.

Les antécédents personnels sont presque aussi bons : à 5 ans, la fillette fit une rougeole banale ; à 8 ans, une bronchite grave, mais qui guérit parfaitement. Depuis, aucun trouble de ce côté. Jamais aucune autre maladie.

A son entrée, la malade présente des mouvements choréiques excessivement étendus : mouvements désordonnés dans tous les groupes musculaires. La tête est alternativement jetée à droite et à gauche. La face présente un aspect grimaçant perpétuel. La parole est explosive, saccadée, entrecoupée : la malade peut à peine prononcer son nom. Tout interrogatoire est rigoureusement impossible. Les membres exécutent des mouvements amples et rapides sans ordre ni systématisation. Les muscles du tronc lui-même donnent à la malade des attitudes variées : elle semble se tordre sur son lit comme un ver.

Ces phénomènes ont apparu sans prodromes, sans que la malade ait présenté des troubles dans l'écriture ou des actes de maladresse. Brusquement, une après-midi, elle a été atteinte de ces mouvements représentant une véritable folie musculaire. Cet état nécessite un lit par terre et la malade est solidement attachée sur son lit.

Examen le 14 mars : pas d'hyperthermie ; pas d'albumine dans les urines. L'état de mal choréique persiste.

La malade est mise au régime lacté et reçoit 4 grammes d'antipyrine par jour.

15 mars : Etat stationnaire.

Traitement : hydrate de chloral 4 grammes ; bromure de potassium 2 grammes. .

16 mars : l'état n'étant en rien changé, on fait une injection de 1 cc. d'essence de térébenthine à la cuisse de la malade : on fait un abcès diffusé.

17 mars : Crise de tachycardie considérable (pouls à 160), traité par la teinture de digitale (15 gouttes). Température : 39°9. L'abcès de fixation a réagi pendant la nuit mais la

cuisse est augmentée de volume dans toute son étendue, sans localisation spéciale de la phlegmasie. On continue l'antipyrine. L'état musculaire ne s'améliore que très peu. La malade dans ses mouvements désordonnés commence à avoir des ulcérations des téguments.

20 mars : Les mouvements choréiques semblent s'atténuer. Sous l'action de la digitale, la tachycardie a diminué. La température qui était montée à 39°9 n'est plus qu'à 37°6. L'examen du cœur ne révèle rien de net, mais il semble qu'il y ait un léger dédoublement du second bruit. L'abcès de fixation, peut-être à cause de la compression pratiquée dès l'injection, n'a présenté, à aucun moment, de localisation inflammatoire. On ne constate aucune collection purulente mais une rougeur et une tension diffuses dans toute la cuisse qui est chaude et douloureuse.

Le 21 mars : administration de 1 gramme d'urotropine ; on continue l'antipyrine.

Le 26 : L'état s'améliore, mais apparition de furoncles volumineux sur le dos et sur les côtés.

Le 27 : On commence un traitement par la liqueur de Boudin : 5 grammes.

Le 29 : Liqueur de Boudin, 10 grammes.

Les abcès se développent et se multiplient, nécessitant l'incision au bistouri de plusieurs d'entre eux. La température paraît remonter.

Le 2 avril : La température a, pendant plusieurs jours, présenté des alternatives d'ascension et de défervescence. Les mouvements choréiques disparaissent. Les abcès commencent à guérir. L'auscultation du cœur fait entendre très nettement dans la région précordiale, au 3^e espace à gauche du sternum des frottements péricardiques. Le premier bruit est peut être un peu soufflé.

Le 8 avril, la température et le pouls sont normaux.

Tension : 15 — 8 — indice 2.

Administration de liqueur de Boudin.

Tous les phénomènes choréiques ont disparu. L'abcès de fixation s'est terminé par résolution sans suppuration.

Les abcès du dos sont guéris. Etat général satisfaisant.

16 avril : Très bon état général. La malade commence à se lever un peu. L'auscultation du cœur donne toujours les mêmes symptômes.

13 mai : La malade part complètement guérie de sa chorée, n'ayant aucune séquelle.

OBSERVATION IV

(Provenant du Service de M. le Dr ROCAZ, médecin à l'Hôpital des Enfants.)

Strepto-diphthérie. — Abscès de fixation. — Guérison.

B... (Lucien), 8 ans.

Entre le 14 février 1925 au pavillon des diphthéries.

L'enfant avait eu la grippe il y a quinze jours. Elle était guérie quand, six jours après, on constate que son cou enflait. On conduisit le petit malade à la consultation du Dispensaire Rosa-Bonheur où une pommade est ordonnée (pas d'examen de la gorge). Trois jours après, on réexamine l'enfant, la gorge étant rouge, on ordonne un collutoire. L'haleine devient fétide. Le lendemain, des points blancs paraissent sur le voile du palais et les amygdales.

L'enfant entre à l'Hôpital et l'on constate de gros ganglions carotidiens, sous maxillaire qui donnent au malade un aspect proconsulaire ; il existe un peu de jetage.

L'examen de la gorge montre de fausses membranes adhérentes, épaisses, d'un blanc grisâtre, sur l'amygdale droite surtout, le pilier antérieur et l'amygdale gauche sont moins atteints. La langue est saburrale.

Enfant fatigué, pâle. Température : 40°. Pouls : 160.

On trouve 0^g 30 d'albumine dans les urines.

Rien au cœur ni au poumon.

On institue aussitôt le traitement suivant :

Sérum de Roux : 100 cc.. Lavage au bock avec de l'eau oxygénée. Pansements chauds. Le 20, l'état général reste mauvais : une angine grise avec ulcération occupe l'amygdale droite. Les phénomènes toxi-infectieux sont à leur maxi-

mum. L'haleine est fétide, le pouls filant. Devant cet état précaire, on fait un abcès de fixation à la cuisse gauche du malade avec 1 cc. d'essence de térébenthine.

60 cc. de sérum de Roux sont administrés au patient.

Le 21 : le pouls est à 160, intermittent, mou. L'adynamie profonde dont souffre le malade est combattue avec l'huile camphrée, la spartéine, la caféine et le sérum est administré ce jour-là à la dose de 40 cc.

Le 22 : Le malade va mieux. Le cœur est régulier et bat à 120 pulsations à la minute. Température : 37° L'état local est meilleur.

Une rougeur et une induration marquées au niveau de l'injection térébenthinée s'accusent et se confirment les jours suivants. L'état de la gorge s'améliore. Une fausse membrane et une ulcération subsistent à droite quelques jours encore.

Aucun incident n'a marqué l'évolution ni le traitement de l'abcès de fixation. Le petit malade, quelques jours après, quitte le service, complètement guéri.

OBSERVATION V

(Aimablement communiquée par M. le Docteur R.-P. GALLÉ, de Bordeaux.)

Syndrome méningé. — Abcès de fixation. — Guérison

Simon K..., 3 ans, souffre depuis quelques jours de constipation. On fait appeler le médecin qui constate à l'examen : un visage terreux, un ventre gros, globuleux et ballonné. Il existe aussi une certaine gêne respiratoire. L'enfant est très abattu.

La palpation du ventre est douloureuse et permet de se rendre compte de son état de tension. Des chiquenaudes appliquées en différents points provoquent des contractions intestinales nettement perceptibles. Température : 39°.

Le médecin conseille : chaleur sur le ventre, sonde rectale et diète hydrique.

Le lendemain, on assiste à une aggravation des symptômes. M. le Dr Lasserre, chef de clinique chirurgicale à l'Hô-

pital des Enfants, fait entrer la malade à cet Hôpital, et fait pratiquer un lavement évacuateur prudent, lequel demeure sans résultat. Température : 39°5. On note une tachycardie constante.

Après trois jours, une rémission se produit, le ventre diminue de volume, par la sonde rectale s'échappent des gaz.

Le quatrième jour, selle spontanée, amélioration de l'état général, le pouls reprend un rythme normal. L'enfant quitte l'Hôpital. La palpation et la percussion du ventre ne décelent à ce moment-là aucun signe pathologique.

Après quatre à cinq jours de bien-être, la constipation réapparaît, le ventre, à nouveau, augmente de volume, la percussion révèle du tympanisme. La température remonte à 39°. L'enfant retombe dans un état d'abattement, accuse de la douleur au niveau de la nuque et se présente au lit avec une légère flexion des jambes sur les cuisses. Il a une ébauche de Kernig.

A l'auscultation : apparition de signes d'adénopathie trachéo-bronchique, marqués surtout à gauche.

Les deux bases sont légèrement congestionnées. Vu la gravité de pareils symptômes, on pratique un abcès de fixation à la cuisse (1 cc. 1/2 d'essence de térébenthine). On administre également tous les jours 0 gr. 75, puis 1 gr. d'uroformine en piqûre intramusculaire. Température : 40°.

L'enfant présente de la somnolence, de l'hébétéude, ne répond pas aux questions ou appels qu'on lui adresse.

L'abcès de fixation, durant les premiers jours, semble sur le point d'avorter, puis, au bout de quatre jours, une induration accompagnée de rougeur et de chaleur, se manifeste au point d'injection.

L'état général ne se modifie guère de quelques jours.

Mais, au dixième jour après la piqûre, le malade a une selle spontanée et l'ébauche de Kernig disparaît. L'abcès qui paraît collecté au maximum est incisé. L'ouverture donne issue à un pus épais, bien lié en quantité considérable.

L'état général s'améliore rapidement. Peu à peu, l'enfant reprend progressivement son alimentation. Il est conduit à la campagne, vit au grand air et prend de l'embonpoint.

Mais des accidents survenus depuis ne permettent guère

de méconnaître la nature de l'infection en cause primitivement. Le malade présente de la polymicroadénopathie, et vient de faire une localisation bacillaire à son articulation coxo-fémorale droite.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le Docteur GALLÉ, de Bordeaux.)

Emilienne C..., 7 mois et demi, est portée à la consultation du D^r Gallé, le 2 décembre 1924. Elle présente des signes de congestion du poumon droit. Température : 38°5.

Le médecin conseille : repos au lit, enveloppements sinapisés, désinfection des voies aériennes supérieures, lavages de bouche, pulvérisations goménolées autour du berceau.

Le lendemain matin, à l'inspection, on constate que l'enfant est dyspnéique et présente de l'inversion nette du rythme respiratoire et de la polypnée.

A la percussion, on note de la matité dans tout le poumon droit, surtout marquée dans le creux axillaire.

L'état général mauvais se complique d'hyperthermie : 39°5.

Le traitement par l'huile camphrée, le sérum antipneumococcique (10 cc.), les bains sinapisés toutes les quatre heures, ne donne aucun résultat.

Le 4 décembre, on fait une injection de 1 cc. 1/2 d'essence de térébenthine à la cuisse gauche, à la partie supéro-externe.

Les jours suivants, aucun changement ne survient.

Le 6, 10 cc. de sérum antipneumococcique.

L'abcès évolue normalement. Si l'état général semble à peu près identique, du côté de la lésion on constate un souffle de plus en plus net en même temps qu'apparaissent de gros râles humides dans toute l'étendue du poumon. Le 8, l'état général s'améliore, l'enfant commence à s'intéresser aux choses qui l'entourent. L'abcès s'est constitué en partie, il va s'accroître désormais jusqu'au 12, date à laquelle il sera incisé. Le 10, l'enfant présente des râles de densité moindre. Les jours suivants, le souffle disparaît peu à peu.

L'abcès de fixation a eu une évolution tout à fait normale. Au quinzième jour, la guérison est complète.

A l'heure actuelle, — 11 mois après, — l'enfant n'a présenté aucun autre accident pathologique en rapport avec sa maladie passée.

OBSERVATION VII

(Recueillie dans le Service de M. le Docteur ROCAZ.)

Broncho-pneumonie. — Abcès de fixation. — Guérison

Françoise (J...), 5 mois, étant à la Pouponnière de Cholet, présente le 15 octobre un accès thermique passager (38°). On constate qu'il existe des signes de rhino-pharyngite avec rougeur de la gorge et un peu de jetage. L'enfant respire la bouche ouverte.

A l'auscultation des poumons, on ne remarque aucun signe spécialement grave, si ce n'est quelques sibilances. Les autres procédés d'examen somatique restent négatifs.

Quelques applications locales antiseptiques ont vite raison de cet état thermique. La température baisse le lendemain. Pendant six jours, elle oscille autour de la normale.

Subitement, le 22 octobre, la petite malade présente un accès de dyspnée intense, elle se tient immobile dans son berceau, le visage cyanosé. Le thermomètre marque 38°. On entend à l'auscultation un foyer de râles fins à la base droite.

L'enfant est plongée dans un bain tiède toutes les trois heures.

Le lendemain, 23 octobre, la température atteint 40°. Oppression très marquée : cyanose, polypnée, respiration à type inversé, souffles et râles fins à la base droite. On fait des enveloppements sinapisés et 10 cc. de sérum antipneumococcique. Le 24, persistance des mêmes signes, la température est à 37°. Le 25, nouvelle poussée thermique : 40°. Cyanose, battement des ailes du nez, état précaire. On fait une injection de 0^g 50 d'essence de térébenthine à la cuisse gauche. On fait, également, 10 cc. de sérum antipneumococ-

cique, et on administre une potion à la digitale. Le mauvais état persiste encore trois jours mais l'abcès semble indiquer une issue favorable.

Le 30, la température tombe à 38°

L'abcès ne se collecte pas normalement : à son centre, la tuméfaction est perforée et le petit pertuis laisse filer un liquide séro-purulent. La petite ouverture correspond au trajet dermique de l'aiguille. Les jours suivants, la température baisse et l'état général s'améliore. La plaie consécutive à l'injection de térébenthine prend un aspect de nécrose. Une plaque de la grandeur d'une pièce de 50 centimes d'un brun violacé, occupe le point où fut pratiqué la piqûre. Petit à petit, elle s'élimine et des soins antiseptiques constants arrêtent sa progression périphérique. La cicatrisation s'opère cependant. Un mois après, il reste une cicatrice épaisse, dure, surélevée en bourrelet, adhérente aux tissus sous-jacents.

OBSERVATION VIII (*Personnelle*)

(Recueillie dans le Service de M. le Professeur MOUSSOTS.)

Corticopleurite pneumococcique. — Absès de fixation. — Guérison

Yvette (J...), 12 ans, entre à l'Hôpital des Enfants, salle 22, le 18 octobre 1925, parce qu'elle souffre d'un violent point de côté siégeant à droite, en avant et à la base du thorax.

Son frère et sa sœur ont été admis dans le service les 16 et 17 octobre, présentant, eux aussi, les symptômes d'une affection pulmonaire brutale. Mais chez eux l'évolution a été relativement bénigne.

Depuis quelques jours, Yvette J... se plaint de courbature, de fièvre, de céphalée, elle tousse et expectore abondamment. La température : 38°5.

La gêne respiratoire est très prononcée, l'enfant a des crachats sanglants visqueux et adhérents au crachoir.

Examen : on constate l'existence de lésions bilatérales. A

droite : à la percussion, on note une matité très marquée, surtout à la base. La matité ne se continue pas en avant jusqu'à la matité hépatique.

Les vibrations sont abolies à la partie inférieure et perceptibles à la partie supérieure.

A l'auscultation : souffle assez doux inspiratoire, mélangé de râles.

A gauche : La matité est très marquée à partir du tiers moyen. On n'y perçoit aucune vibration ; A l'auscultation : silence, aucun râle. Il existe en ce point de la bronchophonie.

La matité s'étend à l'espace de Traube et se confond avec la matité axillaire.

En faisant asseoir la malade, le phénomène du dénivellement ne se produit pas.

Plusieurs ponctions pleurales pratiquées à quelques jours d'intervalle, n'ont trahé qu'une quantité insignifiante de liquide séreux.

Le 19, température : $39^{\circ}2$. Dyspnée, fièvre, signes d'infection générale ; l'état de la malade reste précaire.

Le 20, l'état s'aggrave : prostration, accablement, facies typhique ; on fait un abcès de fixation diffusé avec 1 cc. de térébenthine à la cuisse.

Le 21, température : $37^{\circ}9$. Le côté droit se dégage ; on perçoit quelques râles, apaisement des symptômes douloureux. Pendant ces trois jours, le traitement a consisté en : ventouses, sinapisation, huile camphrée.

Le 22, l'hyperthermie réapparaît : $39^{\circ}2$ et se maintient à $38^{\circ}5$ les deux jours suivants. Aucune amélioration du côté gauche où tous les symptômes restent stationnaires. Une rougeur étendue, avec induration de la peau, se manifeste au point d'injection.

La journée du 25 est marquée par des phénomènes critiques : polyurie, sueur ; la température tombe à $37^{\circ}5$.

La matité diminue d'étendue : celle qui correspond à l'espace de Traube disparaît la première, puis, peu à peu, la matité axillaire. Le poumon redevient en peu de jours perméable à l'air. Il persiste quelque temps des râles de bronchite.

L'abcès de fixation a eu une évolution tout à fait normale ;

il a été incisé le 2 novembre, donnant issue à un demi verre à Bordeaux de pus bien lié.

L'enfant, à l'heure actuelle (20 novembre), est parfaitement guérie.

OBSERVATION IX

(Recueillie par M. le Dr CADENAULE dans le Service de M. le Prof. MOUSSOUS.)

Broncho-pneumonie. — Abscès de fixation. — Guérison

Raymond (P...), 3 ans 1/2, paraissait enrhumé le 23 décembre 1924 : toux rauque, quelques frissons, vomissements glaireux ; la voix était normale.

Le 24 décembre : Un médecin appelé ne trouve rien. Le soir, vers 7 heures, un accès de suffocation, deux nouveaux accès à 7 h. 1/4 et à 8 heures : le petit malade se levait brusquement sur son lit pour reprendre haleine. Respiration difficile, tirage sternal et épigastrique ; fièvre.

L'examen de la gorge n'aurait pas montré de fausses membranes. Absence d'adénite sous-maxillaire. Le 24, au soir, le petit malade est amené au service ; dans la nuit, on pratique un tubage ; on injecte 20 cc. de sérum de Roux.

On s'informe de ses antécédents qui sont les suivants : Enfant né à terme, nourri au biberon ; à l'âge de 21 mois, il fait une gastro-entérite grave qui dure deux mois. A un an et demi, diphtérie, traitée par trois piqûres de sérum. Depuis cette diphtérie, il présenterait, tous les mois, des accès de toux qui durent 3 à 4 jours.

L'enfant a une toux rauque, sans expectoration qui, traitée par une potion à l'adrénaline, cesse aussitôt.

Le 26, se déclare une broncho-pneumonie. Température : 40°2. Le 27, on fait une injection de 1/2 cc. de térébenthine : 40°. Le 28, l'abcès de fixation prend, la température baisse : 38°2. Le 29, la température remonte en même temps qu'apparaît une éruption sérique généralisée.

Le 1^{er} janvier, alors que l'éruption a presque disparu, la

température remonte à 40°, bien que les symptômes pulmonaires n'aient pas augmenté. Pas de nouveau foyer. L'abcès est volumineux.

Le 7 janvier, la défervescence commence ; l'abcès est incisé le 9. L'enfant sort guéri le 18 janvier 1925.

OBSERVATION X

(Recueillie par M. le Docteur CADENAULE, à la Pouponnière de La Bastide.)

Broncho-pneumonie. — Abcès de fixation. — Guérison

Jean C..., 13 mois, a présenté, le 21 février 1924, de la fièvre à 40°, une dyspnée à 60, une respiration inversée, du battement des ailes du nez.

A l'auscultation, on note : souffle au tiers supérieur du poumon droit en arrière avec râles fins, et à la base gauche. En arrière, râles humides remontant jusqu'au tiers moyen. L'abcès de fixation est pratiqué le jour même : 1/2 cc. à la face externe du tiers moyen de la cuisse gauche.

Le 22, état stationnaire; l'abcès prend. Température : 39°9.

Le 23, chute de la température. Diminution de signes fonctionnels ; l'enfant s'alimente. A l'auscultation, pas de nouveau foyer. Le 29, l'enfant est en bonne voie de guérison.

OBSERVATION XI

(Recueillie en clientèle, par M. le Docteur CADENAULE.)

Grippe à forme pneumonique. — Abcès de fixation. — Guérison

Louis R..., 3 ans, Le Bouscat. L'enfant est malade depuis quatre jours. Température : 39° à 40°. Aucun signe de localisation. Le 20 novembre 1925, on trouve à l'auscultation : un souffle limité à la région du sommet droit, en arrière bien entendu, sous l'aisselle. La percussion révèle de la matité

dans cette région. L'enfant est très abattu, ne s'alimente pas, a présenté plusieurs convulsions. Le sérum antipneumococcique (trois injections de 20 cc.) n'a amené aucune sédation, ni la septicémie. On décide un abcès de fixation.

Le 22 novembre, l'abcès prend ; la température ébauche une descente, les signes fonctionnels s'atténuent, l'enfant s'alimente, n'a plus présenté de convulsions.

Le 27 novembre, la température qui était redevenue normale, monte à 38°, 38°5 le soir, bien qu'aucun symptôme nouveau n'apparaisse.

Incision de l'abcès le 29. La température redevient normale le soir même. Guérison.

OBSERVATION XII

(Recueillie par M. le Docteur CADENAULE, à la Maison de Santé Protestante.)

Pneumococcémie. — Abcès de fixation. — Guérison

Jean P..., 1 an, rentre le 10 août 1923, avec une broncho-pneumonie droite ; il présente en outre un coryza purulent très abondant, de l'otite double, un état général très infecté.

On fait 20 cc. de sérum antipneumococcique.

L'examen de l'écoulement du nez et des oreilles fournit du pneumocoque.

Le 22, l'abdomen est globuleux, dur, douloureux, présente de la matité à sa partie inférieure. L'ombilic est déplissé. On craint une péritonite à pneumocoques.

Le 13, abcès de fixation.

Le 15, l'état est très précaire ; on constate, cependant, une légère réaction au niveau de l'abcès. Les symptômes péritonéaux sont atténués. Le 18, l'abcès prend franchement en même temps que tous les signes s'améliorent. L'enfant recommence à s'alimenter, ne vomit plus. Le 10 septembre, l'enfant est guéri après une évolution très lente vers l'amélioration.

N.-B. — Cet enfant a présenté, depuis, de nouvelles mani-

festations pneumococciques (broncho-pneumonie, pleurésie purulente à pneumocoques purs, en août 1925, qui permit de faire un auto-vaccin).

OBSERVATION XIII

(Recueillie en clientèle, par M. le Docteur CADENAULE.)

Grippe à forme méningée. — Absès de fixation. — Guérison

André Sch..., le Bouscat, 7 mois, est pris le 16 NOV. 1924, d'une température élevée ; 40°, qui ne cède pas. Aucun symptôme, sauf une agitation extrême et une anorexie absolue.

Le 22 novembre, on constate des trémulations au niveau des membres supérieurs et quelques secousses cloniques. La fontanelle est très tendue ; légère raideur de la nuque et existence du signe de Kernig. Pas de vomissements. La constipation du début a fait place à de la diarrhée peu importante. Pas de signes oculaires. Dans la soirée du 22 novembre, on pratique une ponction lombaire qui donne issue à un liquide franchement louche et coulant sous forte tension. On en retire 20 cc. environ et on injecte dans le canal rachidien 10 cc. de sérum antipneumococcique, et 10 cc. sous la peau. L'examen du liquide céphalo-rachidien montre une polynucléose importante, une augmentation de l'albumine et une diminution du sucre, des chlorures normaux et pas de microbes. L'ensemencement du liquide, sur les milieux habituels, reste négatif.

Le 25, l'état restant stationnaire, on fait un abcès de fixation et on injecte de la septicémine sous la peau. Le 27, la température baisse ; l'abcès a pris. Le 29, les signes méningés se sont atténués. Le 5 décembre, l'enfant est en bonne voie de guérison. Des difficultés, d'ordre familial, n'ont pas permis de faire une nouvelle ponction lombaire.

OBSERVATION XIV

(Provenant du Service de M. le Professeur Moussous.)

Broncho-pneumonie post-rubéolique. — Abscès de fixation. — Guérison

M... (Paul), 2 ans et demi, entre au pavillon des rougeoleux, le 8 janvier 1924, au déclin d'une rougeole ; l'éruption persiste encore à l'entrée. Signes très nets de la broncho-pneumonie : dyspnée, toux, respiration inversée ; un foyer de râles fins est entendu sous l'aisselle gauche, avec diminution du murmure vésiculaire. Température : 40°. Le lendemain, la température baisse.

Mais, le 11, elle remonte, atteint 39°5, et continue son ascension. Le foyer primitif ne s'est pas déplacé, mais s'est étendu. Même signes fonctionnels. En plus, l'enfant est atteint d'une rhino-pharyngite purulente intense que ne peuvent juguler les désinfections répétées ; aussi, pratique-t-on une injection de sérum antidiphtérique.

Le 14, devant l'infection profonde dont est frappé l'enfant, on fait un abcès de fixation. Température : 40°.

Le 15, la température a baissé. L'état général et fonctionnel s'est amélioré, tous les signes physiques persistent.

Les 20, 21 et 22, nouvelles oscillations thermiques. L'enfant fait un foyer de broncho-pneumonie à la base droite. Signes fonctionnels relativement minimes. Mais une éruption sérique se manifeste. Elévation thermique passagère (38°), le 28 janvier.

Le 1^{er} janvier, l'abcès de fixation est incisé.

L'enfant peut être considéré comme guéri.

OBSERVATION XV

(Provenant du Service de M. le Professeur Moussous.)

Broncho-pneumonie post-rubéolique. — Abscès de fixation. — Guérison

R... (Henri), 17 mois, entre à l'hôpital, le 17 janvier 1924 ;

il tousse, pleure, présente du jetage nasal et, surtout, une éruption de rougeole typique.

A l'examen, on trouve un signe de Koplick positif ; et, à l'auscultation, quelques râles de bronchite.

Le 21, l'éruption pâlit brusquement ; ascension thermique à 40°. Le 22, dyspnée peu marquée, mais inversion du rythme respiratoire. Toux peu fréquente. Température : 38°4.

A l'auscultation, à la base droite : diminution notable du murmure vésiculaire, surtout en avant ; et, à la fin de l'inspiration, quelques râles fins.

On fait un abcès de fixation (un demi cc. de térébenthine) On traite le malade par les bains sinapisés, l'huile camphrée, le sérum antipneumococcique.

Le 24, mêmes symptômes. Etat général très mauvais.

L'abcès de fixation prend.

Le 26, chute définitive de la température, l'état général, brusquement, redevient bon. Les symptômes physiques persistent.

L'enfant respire librement.

Le 1^{er} février, très bon état général. Quelques râles subsistent. L'abcès est incisé les jours suivants.

OBSERVATION XVI

(Provenant du Service de M. le Professeur Moussous.)

Broncho-pneumonie post-rubéolique. — Abcès de fixation. — Guérison

C... (Marie), 8 mois, entre à l'Hôpital le 19 février, admise pour rougeole : présente, à son entrée, une éruption morbilieuse des plus nettes en pleine évolution et un état général mauvais avec quelques râles de broncho-pneumonie. Température : 39°.

Le lendemain, l'état empire. Température : 39°. Un abcès de fixation est pratiqué.

Le 20, température : 38°.

Le 21, réascension de la température à 39°.

A partir de ce moment, la défervescence va se produire en lysis, vers la normale. L'abcès se collecte normalement.

Le 29 février, état général très bon. L'abcès nécessite une incision.

OBSERVATION XVII

(Provenant du Service de M. le Professeur MOUSSOUS.)

Broncho-pneumonie post-rubéolique. — Absès de fixation. — Mort

B... (Michel), 14 mois.

Entre à l'Hôpital le 14 février 1924 ; au déclin d'une rougeole et avec tous les signes d'une broncho-pneumonie droite. L'état général est des plus mauvais. La face est pâle, le pouls rapide et hypotendu, presque introuvable. Température 38°6. L'état nécessite une piqûre de strychnine (un quart de cc. — Sol. au 1/.000°).

Le 17 février, l'enfant va plus mal. On pratique un abcès de fixation.

Le 20 février, nouvelle poussée de broncho-pneumonie. Température : 40°. L'abcès prend et, cependant, on ne note aucune amélioration les jours suivants.

Le 28 février : Collapsus, pouls incomptable, l'enfant meurt dans la nuit en hyperthermie.

OBSERVATION XVIII

(Provenant du Service de M. le Professeur MOUSSOUS.)

Diphthérie oculaire très grave. — Absès de fixation. — Guérison

B... (Marie-Antoinette), 9 ans, vient d'une colonie de vacances à Andernos, envoyée par son médecin.

Elle avait été en contact avec une fillette qui avait été

envoyée 3 jours avant à l'isolement de l'Hôpital des Enfants pour rougeole compliquée de diphtérie de l'œil gauche.

A son entrée dans le service, elle se présente avec les deux yeux complètement fermés par des paupières tuméfiées ayant l'apparence classique « en visière de casquette ». Entre les paupières s'écoulent des larmes mêlées d'un liquide trouble.

L'examen pratiqué alors montre les paupières supérieures œdématisées, se retournant en bloc, et laissant voir une conjonctive palpébrale entièrement recouverte de fausses membranes épaisses et sanieuses. Les paupières inférieures sont également œdématisées et la conjonctive est recouverte de fausses membranes.

La conjonctive bulbaire est atteinte de chémosis et recouverte de fausses membranes épaisses.

Il y a très peu de pus.

La cornée semble saine. On porte le diagnostic de diphtérie oculaire typique.

Il est fait immédiatement un grand lavage au permanganate de potasse au 1/1.000^e et une instillation d'argyrol.

La malade est transeatée à l'isolement, le 23, en raison d'une éruption rubéolique qui aurait eu lieu l'avant veille.

A son arrivée, elle reçoit 60 cc. de sérum de Roux (30 cc. intramusculaire, 30 cc. sous-cutané).

Lavage des yeux avec du sérum antidiphtérique.

Le Docteur Beauvieux vient examiner la malade et porte le diagnostic de diphtérie oculaire très grave, avec perte du poli des cornées, ulcération superficielle de la cornée droite et tendance à l'ulcération de la cornée gauche. Pronostic extrêmement sérieux.

Traitement : grands lavages des yeux au permanganate toutes les deux heures. Sérum antidiphtérique dans les yeux, alterné avec argyrol. Etat général : malade pâle, fatiguée.

Température : 38°6.

Râles de bronchite disséminés surtout à gauche.

Le 30 juillet : A 8 h. 30, la malade a reçu 100 cc. de sérum antidiphtérique en moins de 24 heures.

Les paupières sont toujours très œdématisées et ont à la surface une teinte violacée. Les fausses membranes sont toujours très épaisses. La suppuration a diminué.

La cornée gauche a repris sa transparence normale, sans tendance à l'ulcération.

La cornée droite ne présente plus l'ulcération de la veille au niveau de l'épithélium palpébral.

Il y a un mieux sensible au point de vue oculaire. Température : 38°8.

Le 30, 17 heures, même état, la cornée droite est entièrement entourée d'une couronne de fausses membranes. La température est la même. On fait un abcès de fixation avec 1 cc. d'essence de térébenthine. Le 31, la malade reçoit 30 cc. de sérum antidiphthérique.

La suppuration redevient abondante.

Résultats de l'ensemencement : quelques bacilles diphtériques longs, nombreux staphylocoques.

Chémosis très marqué à droite.

1^{er} août : Sérum antidiphthérique, 30 cc.

Suppuration assez marquée, surtout à l'œil droit.

Les paupières sont toujours gonflées.

Les fausses membranes sont moins abondantes, sauf au niveau de l'œil droit où elles entourent complètement la cornée ; celle-ci présente une ulcération superficielle et un léger manque de transparence.

L'état général n'est pas mauvais. La température : 38°.

La température se maintient aux environs de 38° jusqu'au 8 août, jour où l'abcès de fixation est incisé.

Petit à petit, la cornée de l'œil droit se déterge de ses fausses membranes. La température redescend lentement vers la normale.

Guérison le 18 août.

OBSERVATION XIX

(Provenant du Service de M. le Professeur Moussous).

Broncho-pneumonie post-rubéolique. — Abcès de fixation : pas de réaction. — Mort

L... (Marguerite), 10 ans et demi, entre le 30 janvier 1924, en pleine éruption morbillieuse. Température : 40°.

Fatigue très accusée. Prostration.

Dans les jours suivants, l'éruption s'efface, mais la température reste élevée.

Rhino-pharyngite purulente.

Pas de complications pulmonaires.

Le 4 : L'état général de l'enfant reste très mauvais.

La température : 40°. L'état de prostration s'accroît.

On fait un abcès de fixation à la cuisse gauche avec 1 cc. d'essence de térébenthine.

La rhino-pharyngite persiste, intense, et les lavages du nez évacuent des quantités de pus considérables. De plus, otite droite qui ne donne lieu qu'à une faible suppuration.

Le 4, au matin, le pavillon apparaît nettement décollé, la mastoïde tuméfiée ; la peau un peu rouge à ce niveau est douloureuse à la palpation. On pratique des enveloppements humides.

A l'auscultation : grande quantité de râles dans l'étendue des deux poumons. Les jours suivants, les symptômes s'aggravent. On fait à la malade, le 8, une injection de sérum antidiphthérique et antipneumococcique. Les râles se sont réunis en foyer.

L'abcès évolue d'abord vers la suppuration, puis se résorbe.

Les phénomènes pathologiques augmentent d'intensité.

Le 12, on tente un nouvel abcès de fixation, qui avorte comme le premier.

L'état empire tous les jours. La malade présente de l'hyperthermie : 40°3. Une agitation extrême et même du délire dans la journée du 14.

Le 16, elle succombe dans le coma.

OBSERVATION XX

(Provenant du Service de M. le Professeur Moussous)

*Crises de rhumatisme articulaire aigu. — Complications
endocardiques et péricardiques traitées et guéries par
des abcès de fixation.*

Yvonne R..., 8 ans, entre le 6 avril 1920 pour grippe, rhumatisme articulaire et congestion de la base droite.

Antécédents héréditaires : mère alcoolique, père bien portant ; 1 sœur plus âgée bien portante ; 1 frère plus jeune bien portant.

Antécédents personnels (?). Enfance très misérable ; a été abandonnée par sa mère.

Consécutivement à sa grippe, crise de rhumatisme : les deux poignets sont pris. L'enfant est ainsi amenée à l'Hôpital. Pendant 4 ou 5 jours, on lui a appliqué des pansements au salicylate de méthyle, puis salicylate à l'intérieur pendant 2 ou 3 jours.

L'état des poignets s'améliore, mais l'enfant commence à ressentir à ce moment-là des douleurs à la nuque.

Le 8 avril 1920, l'enfant a l'air triste et souffrant. Tête immobile, légèrement fléchie, se déplaçant un peu cependant à droite et à gauche, en même temps que les yeux. Les mouvements de la tête sur le thorax sont un peu difficiles et dès qu'ils sont un peu accentués ils entraînent le tronc. Les poignets restent gros et déformés.

Appareil respiratoire : La percussion révèle de la submatité aux deux bases, mais submatité plus marquée à gauche.

L'auscultation donne des signes de bronchite dans l'étendue des deux poumons : sibilances et respiration soufflante. A gauche, entre l'angle de l'omoplate et la colonne vertébrale, on entend un souffle entouré d'une couronne de râles sous-crépitaux.

Appareil circulatoire : Rien au cœur, pouls bien frappé à 90.

La température oscille de 2° du matin au soir ; elle a été de 39°, 39°, 38° pendant ces trois jours.

La cuti-réaction est négative.

10 avril. Toujours signes de bronchite généralisée, respiration soufflante surtout aux deux sommets.

A la base gauche, le souffle et les râles sous-crépitants ont disparu. Température : 38°9.

La température redescend le lendemain, le 13 et le 14 elle est normale ; elle remonte le 15 et le 16.

Le 17, réapparition du souffle et des râles sous-crépitants.

Le 25, température : 40°2 le soir.

Le 27, nuit agitée avec cauchemars ; température : 36°8 le matin, 36° le soir.

Le 28, la température remonte dans la nuit à 40°4. L'enfant très agitée a des hallucinations, il lui semble voir quelque'un près de son lit, elle a peur. Elle souffre du cœur et a de la dyspnée. Pouls : 140. A l'auscultation du cœur, on trouve un premier bruit assourdi prolongé, qui semble un peu dédoublé. Le point de congestion persiste toujours à la base gauche. Température : 36°5 le soir.

Le 29, nuit moins mauvaise. De 10 heures à minuit : délire, frayeurs. Pulsations à 88. On voit battre le cœur surtout au niveau de la pointe dont on sent le choc sous la main. La pointe bat au-dessous et un peu en dedans du mamelon. Un peu d'arythmie ; premier bruit prolongé.

2 mai : La température, qui est descendue et même tombée, va remonter les jours suivants.

Le 7 et le 9 : ascension de la température, courbe thermique très irrégulière ; 38°6 ce jour-là. A l'auscultation du poumon, le souffle reparaît par intervalles.

Le 18 : Température : 38°7 le soir ; le pouls est à 150.

Le 22 : Température : 39° le soir ; le pouls est à 128. A l'auscultation du cœur le premier bruit est assourdi et dédoublé.

Le 23, abcès de fixation à la cuisse gauche. — L'abcès se collecte normalement.

Le 28, incision de l'abcès. — Amélioration de l'état général, tous les signes anormaux d'auscultation cardiaque ont disparu.

Le 11 janvier 1921. Nouvelle crise de rhumatisme : les deux genoux sont tuméfiés. Rien d'anormal à l'auscultation du cœur ni des poumons.

L'enfant quitte l'hôpital quelques jours après.

Le 14 avril 1925, la malade, alors âgée de 14 ans, revient dans le service avec des signes de congestion broncho-pulmonaire. Les jours suivants, vers le 25, nouvelle poussée rhumatismale ; grosse hydarthrose du genou droit.

Le 22, poussée de température, opposition de douleurs précordiales et constatation de frottements péricardiques très nets bruit de va et vient s'étendant avec une intensité égale dans chaque silence. Pas de signes de myocardites, le pouls est bon, les bruits bien frappés, pas assourdis.

Signes de congestion pulmonaire et de réaction pleurale à gauche. On entend en avant, en plus du bruit de va-et-vient des frottements pleuraux rythmés par la respiration. Température : 40°. La température se maintient aux environs de 40° pendant 4 jours. Le 22, on pratique un abcès de fixation par injection de 1 cc. d'essence de térébenthine à la cuisse gauche.

On donne de la teinture de digitale, et du salicylate de soude. Le 28, la température descend à la normale, et oscille autour jusqu'au 6 mai, date à laquelle l'abcès de fixation est incisé. Amélioration pendant quelques jours. Le 10 mai, dans l'après-midi, fièvre, crise d'oppression intense. Nouvelle poussée pleuro-pulmonaire du côté gauche. Du côté du cœur, les bruits sont très assourdis ; le frottement persiste toujours marqué surtout au premier temps. Le myocarde ne semble pas touché. Aucun signe d'hyposystolie, la diurèse est normale. Température : 38°6. Nouvelle amélioration.

Le 19 mai, poussée de température.

Le 22 gros souffle au sommet gauche ; frottements et râles dans les poumons, sans matité.

Du côté du cœur, bruits assez sourds, les frottements ont disparu. Matité élargie très nettement à droite, à gauche et en bas, difficile à délimiter à cause de la réaction pleurale concomitante. L'ensemble de la matité paraît immobile.

Cuti-réaction positive.

Le 28 mai, légère poussée rhumatismale localisée aux deux poignets.

Le 19, température : 40°. — Pouls : 120.

Le 30, abcès de fixation.

Le 1^{er} juin, température : 38° le matin ; 37°2 le soir.

Le 4, la douleur a disparu ; pas de température. Incision de l'abcès de fixation. La température remonte à 38° jusqu'au 5 juin, sans aucune localisation.

Auscultation : les bruits du cœur sont plus nets, le frottement péricardique a disparu, les frottements pleuraux existent encore en arrière, mais très réduits.

OBSERVATION XXI (*Personnelle*)

(Recueillie dans le Service de M. le Professeur Moussous.)

Broncho-pneumonie double. — Abcès de fixation. — Guérison

S... (Paul), deux ans et demi, entre à l'Hôpital des Enfants, le 5 décembre, pour une broncho-pneumonie ayant débuté le 29 novembre.

Les antécédents héréditaires ne comportent rien d'intéressant. Comme antécédents personnels, le petit malade a fait, il y a 1 an, une broncho-pneumonie grave qui a été traitée ici-même et guérie par un abcès de fixation.

A l'entrée : Etat général médiocre. Toux, dyspnée intense, respiration poussée de type inversé. Cyanose très accusée. Température : 39°6. Aux poumons à droite, en arrière : matité du tiers inférieur. Le poumon gauche a une sonorité presque normale. A l'auscultation du poumon droit, on entend un bruit de tempête dans le tiers moyen du poumon droit. A la base, souffle rude. Dans le poumon gauche : des sibilances disséminées. Le 4, l'état s'aggrave. La cyanose est toujours très prononcée. Les ailes du nez battent, l'enfant cherche sa respiration. Température : 40°6. On donne de l'oxygène, on fait des enveloppements froids. Abcès de fixation (1/2 cc. d'essence de térébenthine) à la cuisse droite. Le 5,

température : 39°2. Pas de modification des signes physiques. Le 6, nouvelle hyperthermie. Température : 40°6.

Le 7, température : 40°2. Au niveau de la piqure : rougeur et induration. Le 8, se produit une véritable crise ; température : 38°. La gêne respiratoire a grandement diminué. Le 9, température : 37°2. Auscultation : silence respiratoire à la base droite ; souffle rude et râles sous-crépitaunts. A gauche, quelques râles. Les jours suivants, la température évolue autour de la normale. Le 12, l'abcès est formé : une tuméfaction du volume d'un œuf de poule déforme les cuisses. Le 15, on incise l'abcès et il s'en écoule un demi verre à Bordeaux de pus bien lié, couleur chocolat, avec stries sanguinolentes. L'enfant est définitivement guéri.

OBSERVATION XXII (*Personnelle*)

(Recueillie dans le Service de M. le Professeur MOUSSOUS.)

Broncho-pneumonie. — Abcès de fixation. — Guérison

Albéric A..., 2 ans, est envoyé le 5 décembre 1925, avec le diagnostic de broncho-pneumonie. C'est un enfant très anémié, lymphatique et qui a fait déjà de longs stages à l'Hôpital des Enfants. Il y est entré pour diverses suppurations, en particulier, il y a un an, pour un phlegmon à la cuisse gauche. Actuellement, il présente, depuis deux mois, une otite moyenne double, amenant des écoulements très abondants mais intermittents. La veille de son entrée, la température était de 40°2. A son arrivée dans le service : oppression très marquée, cyanose, battement des ailes du nez, toux moniliforme.

A la percussion : submatité de l'hémithorax gauche.

A l'auscultation : souffle et râles sous-crépitaunts du même côté. Température : 40°.

Le 6, température : 40°. Les symptômes s'aggravent. On injecte un demi cc. d'essence de térébenthine à la face externe de la cuisse droite.

Le 7, température : 39°. Rougeur de la peau au point d'injection.

Le 9, la fluctuation apparaît. L'état général s'améliore: 38°.

Le 11, les signes physiques s'atténuent ; on entend un souffle doux, mais il subsiste une obscurité respiratoire dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche. Température : 36°8.

Le 14, l'abcès est volumineux, fluctuant.

Les jours suivants, la température oscille autour de la normale. L'écoulement, d'origine otitique, qui s'était arrêté dès le 7, n'a point encore reparu. La submatité et l'obscurité respiratoire subsistent toujours au poumon gauche.

OBSERVATION XXIII (*Personnelle*)

(Recueillie dans le Service de M. le Professeur Moussous.)

Broncho-pneumonie. — Absès de fixation. — Guérison

Simone V..., 1 an, entre le 10 décembre 1925, aux broncho-pneumonies. Elle est malade depuis trois jours.

Bons antécédents héréditaires et personnels : née à terme, nourrie au sein, elle prend encore deux tétées par jour.

A l'entrée : cyanose, respiration à type inversé très net, tirage. Gros souffle dans le tiers moyen du poumon gauche, quelques râles sous-crépitaux ; à droite, respiration soufflante dans une zone comprise entre l'angle de l'omoplate et la colonne vertébrale. Température : 40° ; le pouls à 140.

Le 11, abcès de fixation (un demi cc. d'essence de térébenthine).

Le 12, les températures du matin et du soir étaient de 38° et 39°6.

Le 14, l'abcès prend, ainsi qu'en témoigne déjà une rougeur diffuse et douloureuse. Température : 36°2 et 38°.

Le 15, température : 37°6. Le souffle persiste toujours à droite ; il est nettement entendu dans la région axillaire. A gauche, foyer de râles fins dans la zone précitée.

Le 16, l'amélioration de l'état général continue, température : 37°4. L'abcès se collecte.

CHAPITRE VI

Résultats cliniques.

Valeur de l'abcès de fixation au point de vue thérapeutique et pronostique.

Au chapitre de la technique, nous avons exposé la marche à suivre pour diminuer au minimum les accidents, toujours possibles de sphacèle et de gangrène .

De nos observations, il résulte que la méthode, mise en pratique, ne présente aucun inconvénient sérieux, mais a, de plus, l'incontestable avantage d'être un puissant moyen de guérison.

Nous n'avons enregistré qu'une seule fois un accident de sphacèle (Obs. VII), et, encore, n'entraîna-t-il aucune complication grave. Il est d'ailleurs probable qu'en ce cas là, la technique doit être incriminée : une issue si précoce du pus le long du trajet de la piqûre semble bien indiquer que l'injection ne fut pas entièrement poussée sous le tégument ; le derme dut recevoir une certaine quantité de l'essence qui ne lui était pas destinée. Cette observation nous autorise, une fois encore, à insister sur la nécessité d'une technique sévère : c'est d'elle que dépend le succès.

Enfin, existe-t-il peut-être des susceptibilités spéciales à l'égard de la térébenthine qui expliqueraient que, chez l'adulte même, on assiste parfois à des réactions disproportionnées à l'action thérapeutique.

Nous sommes aussi en droit d'affirmer que l'abcès de fixation exerce une action curatrice certaine chez l'enfant et le nourrisson.

Il n'est pas question de l'employer, à l'exclusion des méthodes classiques : il doit, au contraire, leur être combiné. Uni aux sérums, aux vaccins, aux toniques de tous ordres, à l'oxygène, ou aux bains sinapisés, suivant l'infection à traiter, il est susceptible d'opérer des guérisons inespérées. L'action de l'abcès de fixation est, en effet, basée uniquement sur les possibilités de réagir de l'économie. Il importe donc de soutenir par tous les moyens l'organisme malade pour favoriser au plus haut point la réalisation d'un suprême effort défensif.

Les broncho-pneumonies qu'elles soient primitives ou secondaires à une rougeole ou à une coqueluche, ne sont pas les seules maladies justiciables du traitement par l'abcès de fixation.

Des rougeoles malignes, des diphtéries, des méningites peuvent être traitées par la méthode de Fochier.

Une chorée rebelle fut guérie, ainsi que nous le rapportons (Obs. III), par la méthode de Fochier — de même une diphtérie oculaire grave (Obs. XVIII).

D'une façon générale, toutes les septicémies graves, les septico-pyohémies et les broncho-pneumonies sont justiciables de l'abcès de fixation. Certaines formes de méningites le sont également, exception faite, cependant, pour la méningite tuberculeuse. En pareil cas, il vaut mieux, en effet, s'abstenir des injections de térébenthine : c'est l'avis de tous les auteurs. Cette exception s'étend à toutes les formes de bacillose. L'abcès de fixation n'a plus, chez ces malades, qu'une valeur indicatrice et perd toute action curatrice. C'est ainsi que, pour beaucoup de médecins, l'absence de suppuration serait un indice certain de bacillose.

Cependant, nous rapportons une observation, la 5^e, qui semblerait prouver que cette loi n'a rien d'absolu. Ne

pouvant la discuter, en nous basant sur un seul fait clinique, nous croyons bon d'admettre la légitimité de l'abcès de fixation diagnostic. Cette loi s'est trouvée vraie dans le plus grand nombre de cas, et d'après l'ensemble des auteurs.

*

* *

On a justement parlé de la valeur pronostique de la méthode de Fochier. Comme chez l'adulte, la formation rapide d'un abcès avec réaction locale intense, annonce, en général, une terminaison heureuse de la maladie.

Nous avons constaté le bien-fondé de cette assertion : une seule fois nous l'avons trouvée en défaut (Obs. XVII). Cette exception ne nous autorise guère à discuter une loi généralement admise, et qui, d'après notre travail, doit conserver, à nos yeux, toute sa valeur.

Certains auteurs ont noté parfois une baisse brusque de la température à la suite d'une injection de térébenthine : nous-même l'avons rarement observée. Nous avons le plus souvent assisté à une défervescence lente, allant de pair avec la formation de l'abcès. D'aucuns ont enfin vu la convalescence survenir lente et traînante dans des cas où l'abcès avait avorté (Mouet et Lautier, *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1923). Mais une reviviscence subite se produisait alors au niveau de l'abcès de fixation qui se collectait franchement, amenant une guérison définitive.

De l'examen de ces faits résulte que, si l'action de l'abcès de fixation n'est pas toujours immédiate, elle n'en reste pas moins réelle et efficace.

CONCLUSIONS

- I. — Le bas âge n'est point une contre-indication à l'application de la méthode de Fochier. Chez l'enfant et le nourrisson, elle se montre réellement efficace.
- II. — Cette méthode, en thérapeutique infantile, ne comporte pas plus de dangers que chez l'adulte. Son innocuité est commandée par une technique rigoureuse : aseptie minutieuse, injection en plein tissu cellulaire sous-cutané, dosage de la quantité d'essence de térébenthine à injecter par rapport à l'âge du sujet : un demi-centimètre cube jusqu'à 2 ans, un centimètre cube à partir de 5 ans. L'évolution de l'abcès doit être l'objet d'une surveillance constante, et son incision doit être pratiquée en temps opportun.
- III. — L'abcès de fixation est un traitement d'exception qu'on réservera aux septicémies graves et aux septico-pyohémies. Encore faut-il le pratiquer à temps, sous peine de le voir échouer.
- IV. — L'abcès de fixation semble, chez l'enfant, conserver toute la valeur pronostique et diagnostique qu'on lui accorde chez l'adulte.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

A. MOUSSOUS.

VU :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU, ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 45 Décembre 1925.

Pour le Recteur de l'Académie,

Le Doyen délégué,

C. SIGALAS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARNOZAN. — Abscès de fixation. (*Journal de Médec. de Bordeaux*, 1901).
- ARNOZAN et J. CARLES. — Précis de Thérapeutique.
- BOIDIN. — Bactériothérapie et abcès de fixation dans le traitement de la méningite cérébro-spinale. (*Presse Médicale*, 1919).
- CAMPANA (M^{lle}) et CODET-BOISSE. — Abscès de fixation chez les enfants. (*Semaine Médicale*, 1904).
- Les abcès de fixation dans quelques cas de broncho-pneumonies graves chez les jeunes enfants. (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, n^{os} 19 et 20, 1904).
- CARLES. — Les abcès de fixation. (Thèse Bordeaux, 1902-1903).
- *Journal de Médecine de Bordeaux*, 5 janvier 1919.
- Indications, avantages et méfaits des abcès de fixation. (*Bull. général de Thérapeutique*, 1924, CLXXV).
- CELLARIER. — Les abcès de fixation chez les enfants. (Thèse de Bordeaux, 1904-1905).
- CERIOLO. — Ascessi di fissazione. (*Gazzetta degli Ospedeli*, Milano, 1915, p. 727).
- COMBRY. — Rapport à la Société de Pédiatrie (16 février 1921).
- DECHAUX. — Contribution à l'étude du traitement des broncho-pneumonies graves par les abcès de fixation. (Thèse de Montpellier, 1907).
- ESPENEL. — Broncho-pneumonies infantiles traitées par les abcès de fixation. (Société des Sciences médicales de Lyon, 1911).

- DE FIVE-DICHT. — Traitement par l'abcès de fixation. (*Paris Médical*, 1917).
- FOCHIER. — Traitement des infections pyogènes généralisées. (*Lyon Médical*, 1891, n° 34; 1898, p. 59; 1900, n° 35).
- GAUTHIER. — Société des Sciences médicales de Lyon. (Séance du 21 juin 1911).
- HÉBRARD. — Sur la valeur curatrice des injections de térébenthine chez les enfants. (Thèse Lyon, 1913-1914).
- LANÇON. — Traitement des broncho-pneumonies infantiles par les abcès de fixation. (Thèse Lyon, 1911-1912).
- MARMOITON. — Étude clinique des abcès de fixation dans les pyrexies. (Thèse de Nancy, 1912-1913).
- MAURIAC. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1921.
- MÉCHICHE. — La grippe chez le nourrisson; étude clinique et épidémiologique. (Thèse d'Alger, 1920).
- MÉRY. — Communication à la Société de Biologie, 1896.
- MONTAGNON. — L'abcès de fixation dans le traitement des broncho-pneumonies des enfants du premier âge. (*Lyon Médical*, 4 décembre 1910).
- MOUET et LAUTIER. — Abcès de fixation à évolution anormale. (*Revue générale de Clinique et Thérapeutique*, 1923, xxxvii).
- MOUSSOUS et CADENAULE. — Rapport à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux (10 mai 1924).
- MOUSSU et JOUIN. — Rapport à la Soc. de Biologie (23 mai 1918).
— *Bullet. de l'Académie des Sciences*, 1917.
- MOUTON-CHAPAT. — Contribution à l'étude des abcès de fixation. (Thèse de Montpellier, 1920).
- NETTER et CÉSARI. — Méningite suppurée chez un enfant de 8 ans, guérie par un abcès de fixation (Société Médicale des Hôpitaux, 25 mai 1923).
- PATEL. — Société des Sciences médicales de Lyon (21 juin 1911).
- PÉHU et PILLON. — Sur la valeur curatrice des injections d'essence de térébenthine chez les enfants. (*Lyon Médical*, décembre 1913).

- PIC et BONNAMOUR. — Étude clinique des abcès de fixation. (*Lyon Médical*, 1909).
- POMPEANI. — Ascessi di fissazione nell'appendicite. (*Riforma medica*, 1919).
- SABRAZÈS et MURATET. — Communication à l'Académie de Médecine (1903).
- TAILLENS. — Sur le traitement de la grippe épidémique chez les enfants par la térébenthine injectable. (*Archives de Médecine des Enfants*, 1919).
- THYERRI. — Les abcès de fixation dans la grippe. (Thèse de Toulouse, 1920).
- TOOD. — The fixation abscess. (*The Lancet*, 1923).

